

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG MASALAH

Komunikasi merupakan interaksi antar pribadi yang menggunakan sistem simbol linguistik, seperti simbol, kata-kata dan non-verbal (bahasa isyarat). Sistem ini dapat disosialisasikan secara langsung melalui tulisan, oral dan visual (Karlfried dalam Alo,2006:4). Karena pentingnya komunikasi dalam berinteraksi, maka komunikasi juga dapat dijadikan sebagai alat terapi oleh profesi-profesi tertentu. Kegiatan tersebut berhubungan dengan profesi psikologi, konseling kesehatan, medis, keperawatan dan terapis. Para komunikator kesehatan sepakat bahwa proses komunikasi merupakan kegiatan mendengar dan bekerja secara bergantian antara pasien dengan terapis dalam berkomunikasi untuk mendapatkan respon yang spesifik terhadap kebutuhan klien (Priyoto,2015:34).

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang terencana dalam pencapaian sebuah tujuan yaitu pemulihan pasien. Menurut Purwanto (1994) komunikasi terapeutik merupakan komunikasi terencana secara sadar dengan tujuan dan kegiatan yang dipusatkan untuk kesembuhan pasien. Northhouse (1998) mengatakan bahwa komunikasi terapeutik merupakan kemampuan perawat dalam membantu klien (pasien) beradaptasi dalam mengatasi gangguan psikologi dan interaksi dengan orang lain (Lalongkoe,2013:62-63). Berdasarkan kutipan diatas diartikan bahwa komunikasi dalam kehidupan

sehari-hari sangat penting digunakan dalam bersosialisasi dan menjalin interaksi, namun seringkali komunikasi terkendala oleh kelemahan wicara sehingga ucapan yang disampaikan menjadi tidak jelas, oleh sebab itu komunikasi terapeutik sangat diperlukan untuk mengatasi masalah seseorang dalam melatih wicara. Komunikasi terapeutik merupakan hubungan antara tenaga medis dengan pasien dalam suatu proses penyembuhan terapi yang bertujuan untuk kesehatan dan pemulihan pasien. Sebagai tenaga medis dituntut untuk bekerja membantu pasien dalam mengatasi masalahnya seperti membantu dalam mengembalikan fungsi wicara pasien.

Andra Widya Kusuma melakukan penelitian pada tahun 2016 dengan topik komunikasi terapeutik dalam skripsinya yang berjudul "*Komunikasi Terapeutik Pasien Skizofrenia*" menjelaskan bahwa :

Komunikasi terapeutik terlihat jelas dalam tindakan keperawatan yaitu komunikasi antara perawat dan pasien dengan upaya pemulihan menggunakan teknik dan metode yang harus mampu dikuasai oleh perawat, dengan harapan yang tinggi untuk kesembuhan pasien.

Dalam penelitian lain mengenai topik yang sama, Moch. Khafidz Fuad Raya di tahun 2016 dalam jurnalnya berjudul "*Komunikasi Terapeutik Islam Sebagai Penanggulangan Problematika Psikologis Siswa-Siswi Madrasah*" menyimpulkan bahwa :

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi interpersonal yang dijalin antara pasien dengan perawat untuk membantu pemulihan pasien dengan memberikan sugesti (arahan) interaksi untuk membantu penyembuhan pasien dalam penyakitnya. Hubungan antara pasien dan perawat yang bersifat terapeutik dapat diidentifikasi melalui tindakan yang diambil oleh perawat dan pasien yang dimulai dengan tindakan perawat, respon pasien dan tujuannya.

Lebih lanjut dijelaskan sebagai berikut :

Komunikasi dalam kehidupan sehari-hari merupakan sarana yang penting untuk menjalin relasi dengan orang lain. Komunikasi juga dapat memberikan pertukaran informasi dengan dukungan emosional pada saat mengalami stres. Pengertian seperti ini merujuk pada terminologi komunikasi dalam bidang keperawatan, yang disebut dengan *komunikasi terapeutik*. Dalam kajian keperawatan, komunikasi yang efektif juga dapat meningkatkan penyesuaian dalam masa hospitalisasi, beradaptasi baik dengan tindakan yang membuat stres dan mempercepat pemulihan.

Penjelasan yang telah dipaparkan tersebut bahwa komunikasi sangat penting bagi kehidupan, apabila terjadi kegagalan dalam komunikasi tentunya akan menjadi penghalang setiap manusia untuk berinteraksi dalam lingkungan sosial. Salah satu kelemahan wicara yang sering tidak disadari oleh manusia adalah *afasia*.

Penelitian di bidang *afasia* dalam waktu dua puluh tahun terakhir ini masih terus berkembang, termasuk penelitian yang dilakukan oleh para ahli linguistik kajian anatomis, neuropsikologis, dan linguistik di bidang *afasia* semakin dikaitkan satu sama lain (Mass & Prins,2002:7). Fromklin, Rodman (1985) berpendapat bahwa tidak mengherankan jika kalangan linguistik memberi perhatian besar terhadap mekanisme otak yang mendasari penguasaan dan penggunaan bahasa (Priyoto,2015:35). *Afasia* bukanlah gangguan bicara, apabila ada gangguan bicara akibat kerusakan di susunan saraf dengan terganggunya kontrol otot yang meliputi mekanisme bicara disebut *disartria* yaitu lemahnya artikulasi yang diucapkan.

Afasia bukanlah gangguan bicara melainkan gangguan bahasa non-verbal yang timbul menyertai gangguan lain yang disebabkan cedera pada otak seperti keadaan kacau pasca koma atau *demensia*. Orang dengan gangguan bahasa disebut *afasia* yang disebabkan oleh cedera pada otak kiri sehingga mempengaruhi cara berkomunikasi yang ditandai dengan kesulitan menemukan kata dan membedakan huruf. Cara bicara pasien terlihat lancar tanpa kesulitan, tetapi bahasanya tidak dapat dipahami oleh pendengarnya karena menggunakan kata yang campur aduk menjadi aneh. Berbagai penelitian dan observasi Hatfield dan Shewell (1983) menunjukkan bahwa pengertian aspek fungsional bahasa ternyata lebih luas daripada linguistik, penggunaan bahasa dalam konteks sosial lebih bervariasi, dapat disertai dengan berbagai bentuk komunikasi non-verbal seperti gerak, isyarat, dan mimik (Mass & Prins,2002:5&45).

Secara teori, psikolinguistik mengkaji tentang hubungan fungsi otak dengan kemampuan berbahasa manusia. Jika fungsi otak bagian kiri terganggu, maka akan terjadi gangguan kebahasaan yang kemudian juga akan mengganggu fungsi bicara seseorang karena lisan dikendalikan oleh syaraf pada otak (Simanjuntak dalam Subiyantoro,2013:38). *Afasia* juga mempengaruhi konsentrasi dan kemampuan dalam mengamati situasi di lingkungannya (Mass & Prins,2002:5). Fakta di lapangan mendukung bahwa anak yang mengalami gangguan berbahasa dan kesulitan belajar mempunyai efek negatif dan signifikan pada pendidikan anak (Hunt & Marshall dalam Kumara,2014:1). Gangguan komunikasi yang dialami oleh anak-anak akan berpengaruh pada

tumbuh kembangnya terutama pada pendidikan dan lingkungan sosial karena kemampuan bicara dan bahasa merupakan investasi terbesar dalam mencapai prestasi di masa depan, oleh sebab itu para orang tua harus sangat memperhatikan proses perkembangan komunikasi anaknya.

Bagi sejumlah besar anak-anak dan orang dewasa yang mengidap masalah di belahan otak kiri yang dominan terhadap bahasa dan kepada lansia yang mulai mengalami *demensia*, *alzheimer*, stroke, cedera otak sehingga menyebabkan terjadinya pelemahan keterampilan berbahasa yang sebelumnya normal. Aspek pragmatik bahasa pada hakekatnya bersifat sangat berpengaruh terhadap penderita *afasia*. Sebagai contoh, penutur penderita *afasia* mungkin kekurangan struktur sintaksis untuk menghasilkan tindak tutur tertentu sehingga menunjukkan kurangnya kesadaran terhadap berbagai kendala sosial dan kesantunan dalam percakapan (Cummings,2010:183-184). Pemeriksaan terhadap kemampuan berbicara dan berbahasa pada anak sangat penting dilakukan dengan tujuan mengetahui kemampuan berbicara anak masih dalam batasan normal atau tidak. Kemampuan bicara anak dalam bidang kesehatan juga berpengaruh terhadap *endokrin*, bahwa ada atau tidak kelainan bawaan pada hidung, mulut dan pendengaran (Fida dan Maya,2012:198). Minimnya pengetahuan mengenai *afasia* yang terkadang sulit dibedakan dengan kelainan sejenisnya seperti *disatria* dan *disleksia*, maka sejak dini orang tua harus memperhatikan kondisi anaknya terutama pada perkembangan wicara. Orang tua juga harus aktif untuk melatih wicara anak karena jika menemukan

kejanggalan pada wicaraanya, sebaiknya segera untuk membawa anak ke terapis atau dokter syaraf.

Dalam pemulihan *afasia* dibutuhkan bantuan medis terapis wicara. Terapis wicara sesuai Peraturan Pemerintah nomer 32 tahun 1996 diakui sebagai salah satu jenis tenaga kesehatan yang dikelompokkan dalam rumpun Terapis Keterampilan Fisik dan wajib mematuhi peraturan hukum yang ada. Sehubungan dengan itu, maka Ikatan Terapis Wicara Indonesia menyusun standar profesi yang diharapkan dapat memberikan acuan bagi terapis wicara di Indonesia dalam melaksanakan tugasnya (Keputusan Menteri Kesehatan RI tahun 2008). Dalam melaksanakan tugasnya, terapis wicara harus memberikan pelayanan maksimal untuk memenuhi kebutuhan pasien, oleh karena itu dalam penelitian ini pasien akan diberikan metode-metode terapi sesuai kebutuhannya sebagai upaya mengembalikan kemampuan berbahasa dalam meningkatkan komunikasi pada pasien anak maupun dewasa. Terapi yang diberikan juga bertujuan untuk menunjang kesempurnaan dalam berinteraksi dengan orang lain agar dapat mengungkapkan pemikirannya serta mampu bersosialisasi terhadap lingkungan maupun orang-orang di sekitarnya.

Salah satu bentuk terapi wicara yaitu menggunakan metode stimulus multimodal yang terdiri dari materi-materi secara kompleks untuk menangani *afasia*. Metode stimulus multimodal diberikan untuk memperbaiki komunikasi tidak hanya bahasa, melainkan terdiri dari aspek semantik (makna yang diungkapkan dengan ekspresi, bahasa tubuh dan suara), fonetik (bunyi bahasa yang diucapkan) contohnya adalah kejelasan kata yang diucapkan pasien

dengan suara keras, sintaksis (tata bahasa) contohnya penggunaan huruf yang tidak tepat pada suatu kata yaitu huruf p menjadi huruf g atau huruf h menjadi huruf n. Secara *implisit* tujuan metode ini adalah memperbaiki bunyi artikulasi dimulai dengan memproduksi bunyi secara satuan yaitu huruf abjad, yang dikembangkan menjadi suku kata, kemudian dikembangkan lagi menjadi kalimat dan persiapan untuk berdialog (Sommers dan Kane,2002:44-45).

Metode stimulus multimodal dikatakan berbeda dari metode lainnya karena metode stimulus multimodal selain sebagai media pelatihan bahasa juga meliputi pelatihan pendengaran, memberikan rangsangan terhadap indra visual auditori, olah rasa, indra peraba, dan taktail kinestetik, sehingga metode ini memiliki peranan yang menyeluruh dalam proses pemulihan penderita *afasia*. Metode ini sangat diperhitungkan karena bekerja secara menyeluruh dan mencakup proses interaksi pasien dengan lingkungannya (Wawancara dengan Terapis Wicara pada 25 Desember 2016).

Pasien dalam pemulihan *afasia* ini terdiri dari dewasa dan anak-anak yang berusia 5 tahun. Pasien anak bervariasi tentunya tidak semua anak-anak akan mudah mengikuti instruksi dari terapis karena anak-anak lebih mudah jenuh dan tidak bisa dipaksa, oleh sebab itu motivasi kepada anak dapat dilakukan melalui pemberian *reward* yang dimaksudkan sebagai acuan agar anak terus aktif dalam mengikuti instruksi dari terapis saat berlangsungnya materi keterampilan bahasa ekspresif maupun ketrampilan bahasa resestif. Kemampuan bahasa ekspresif yaitu ungkapan perasaan yang diwujudkan secara nyata dengan menyebutkan kata atau kalimat dengan jelas. Kemampuan bahasa

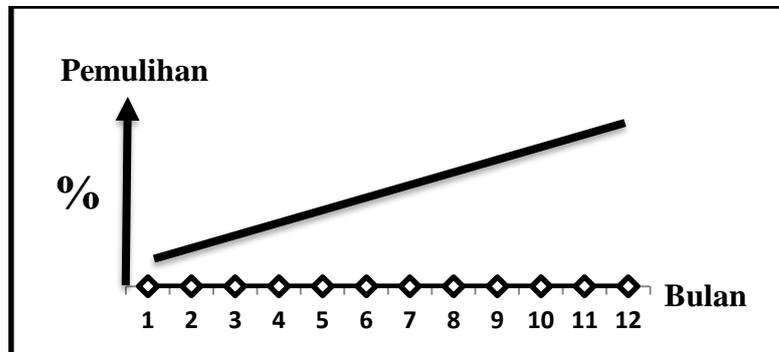
resetif adalah kemampuan dalam menerima dan memahami ucapan orang lain. *Reward* digunakan untuk memotivasi anak agar memiliki keinginan terus belajar hingga pulih. Untuk pasien dewasa tentunya lebih mudah beradaptasi dalam mengikuti terapi wicara, oleh karena itu penyembuhan *afasia* dengan metode ini hasilnya dapat terukur dengan *feedback* dari klien yang didapat secara langsung.

Pada pasien dewasa, *afasia* biasanya terjadi pasca serangan stroke selain meninggalkan kecacatan berupa kelumpuhan, juga meninggalkan gangguan berbahasa. Meskipun hanya 15% terjadi gangguan *afasia* pada penderita stroke, hal ini dapat mengganggu pasien karena mereka akan mengalami kesulitan dalam berkomunikasi dengan individu lain. Seperti yang telah dialami oleh mantan Presiden Soeharto, dari hasil pemeriksaan kesehatan yang dilakukan tim dokter independen menyatakan bahwa Soeharto mengalami gangguan berbahasa yang disebut *afasia* (www.yastroki.or.id diakses 20 Februari 2017).

Proses pemulihan *afasia* dilihat dari tingkat kemajuan sejak awal dimulai terapi hingga dinyatakan pulih, penilaian dilakukan dalam bentuk skor pada setiap pertemuan. Dimulai pada periode awal hingga pemulihan tampak jelas dari hari kehari atau setiap minggu. Dalam hitungan bulan biasanya akan semakin terlihat perkembangannya hingga skor yang didapatkan terus meningkat sesuai target yang telah ditentukan (Mass & Prins,2002:253). Penilaian dalam pemulihan dibuat dalam bentuk kurva sebagai berikut :

Gambar 1

GRAFIK SKOR PEMULIHAN AFASIA



Sumber : Buku Afasia Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia,2002:25

WHO memperkirakan jumlah anak dengan *disabilitas* adalah sekitar 7% hingga 10% dari total populasi anak. Di Indonesia, gambaran data anak dengan *disabilitas* sangat bervariasi, menurut data Badan Pusat Statistik Nasional tahun 2007, terdapat 8,3 juta jiwa anak dengan *disabilitas* dari total populasi anak di Indonesia (82.840.600 jiwa anak), atau sekitar 10%.

Berdasarkan Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) tahun 2011 terdapat 130.572 anak penyandang *disabilitas* yang terdiri dari : cacat fisik dan mental (19.438 anak); tunadaksa (32.990 anak); tunanetra (5.921 anak); tunarungu (3.861 anak); tuna wicara (16.335 anak); tunarungu dan tunawicara (7.632 anak); tunanetra, tunarungu, dan tunawicara (1.207 anak); tunarungu, tunawicara, dan tunadaksa (4.242 anak); tunarungu, tunawicara, tunanetra, dan tunadaksa (2.991 anak); retardasi mental (30.460 anak); dan mantan penderita gangguan jiwa (2.257 anak). Data ini tersebar di seluruh Indonesia dengan proporsi terbanyak di Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Jawa Barat (Buletin *disabilitas.pdf* diakses 07 Februari 2017).

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2009 dalam Marlina (2010:2) prevalensi stroke di Indonesia mencapai angka 8,3 per 1000 penduduk. Rata-rata penderita stroke di Jawa Tengah mencapai 635,60 kasus yang diantaranya terdapat kasus *afasia* (Profil Kesehatan Prov. Jawa Tengah diakses 01 Februari 2017). Ketua Ikatan Terapis Wicara (IKATWI) Jawa Tengah, Hafidz Tri Antoro mengatakan bahwa 1300 orang dengan gangguan dalam berkomunikasi, perlu adanya pelayanan terhadap rehabilitasi wicara khususnya pada anak. Jumlah tenaga terapis wicara di Indonesia kini sekitar 1000 orang dianggap masih sedikit dibandingkan dengan kasus yang harus ditangani (www.jatengprov.go.id diakses 01 Februari 2017). Jumlah Tenaga Keterampilan Fisik di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2015 sejumlah 670 orang, meliputi tenaga Fisioterapis sebanyak 579 orang, Terapi Okupasi 59 orang, Terapi Wicara 26 orang, dan Akupunktur sebanyak 6 orang.

Jumlah sarana pelayanan kesehatan paling sedikit terdapat di Kabupaten Batang yang memiliki sebanyak 2 unit rumah sakit yakni RSUD Batang dan RS. QIM (Profil Kesehatan Prov. Jateng 2015.pdf diakses 01 Februari 2017). Keduanya memiliki pelayanan fisioterapi, namun menurut sumber data bahwa yang memiliki pelayanan terapi wicara adalah di Rumah Sakit QIM. Data dibawah ini menerangkan bahwa RSUD Batang hanya memiliki 3 tenaga keterampilan fisik yaitu Fisioterapis. Rumah Sakit QIM memiliki 1 dokter rehabilitasi medik, 1 terapis wicara, 3 fisioterapi dan 1 terapis okupasi.

Tabel 1

FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

Data Fasyankes RSUD Kab. Batang		
Kode	R3325015	
Nama	RSUD Kab. Batang	
Kelas	Kelas C	
Provinsi	Jawa Tengah	
Kabupaten	Batang	
Subrumpun SDMK	Jenis SDMK	Jumlah Tenaga
Keterapian Fisik	Fisioterapis	3
Keterapian Fisik	Okupasi Terapi	0
Keterapian Fisik	Terapi Wicara	0
Keterapian Fisik	Akupunktur	0

Tabel 2

Data Fasyankes RS. QIM		
Kode	R3325037	
Nama	RSU. QIM	
Kelas	Kelas C	
Provinsi	Jawa Tengah	
Kabupaten	Batang	
Subrumpun SDMK	Jenis SDMK	Jumlah Tenaga
Keterapian Fisik	Fisioterapis	3
Keterapian Fisik	Okupasi terapi	1
Keterapian Fisik	Terapi wicara	1
Keterapian Fisik	Akunpunktur	0

Sumber : bppsdmk.depkes.go.id diakses 07 Feb 2017

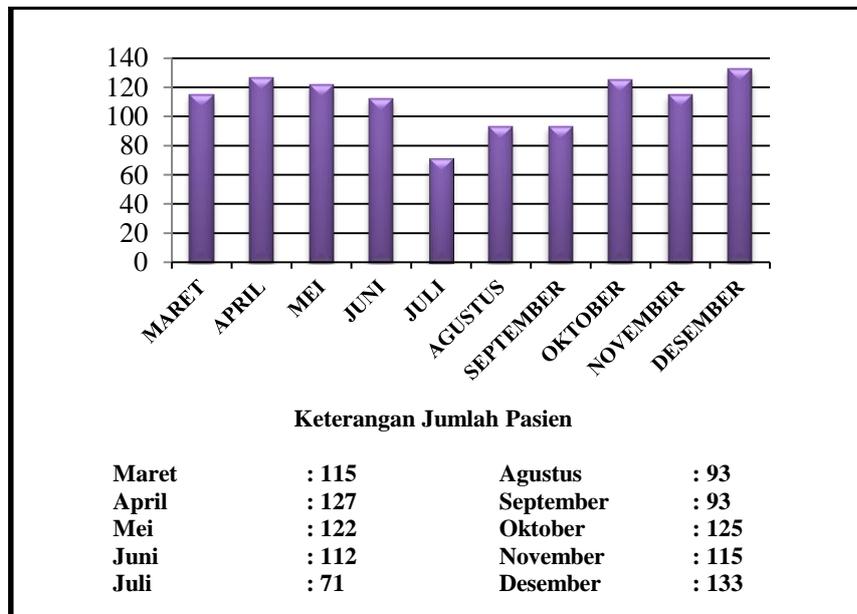
Rumah Sakit QIM merupakan rumah sakit termuda di Kabupaten Batang, Jawa Tengah dan memiliki pelayanan terapi wicara yang berdiri sejak tahun 2015 hingga kini. Adanya pelayanan terapi wicara yang terhitung masih baru, dalam jangka waktu satu tahun telah mendapatkan 1010 pasien,

sedangkan jumlah pasien setiap bulan kurang lebih 100 orang. Jumlah tersebut meliputi beberapa gangguan wicara pada anak dan dewasa, untuk pasien latihan bahasa terdapat sebanyak 41 pasien diantaranya 10 anak perempuan, 30 anak laki-laki, dan 1 pasien dewasa (Observasi 20 Desember 2016).

Gambar 2

GRAFIK JUMLAH PASIEN TERAPI WICARA

MARET - DESEMBER 2016

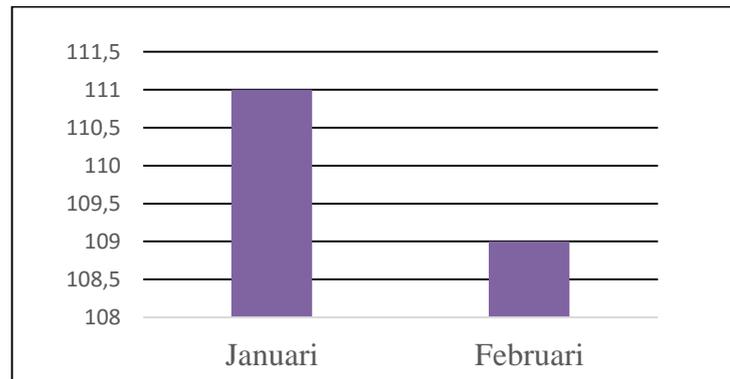


Sumber : Data Rekam Medik Terapi Wicara RS QIM 2016

Gambar 3

GRAFIK JUMLAH PASIEN TERAPI WICARA

JANUARI - FEBRUARI 2017



Sumber : Data Rekam Medik Terapi Wicara RS QIM 2017

Pada tahun 2015 Kabupaten Batang mendapatkan penghargaan dari Ombudsman Republik Indonesia (ORI) atas Kinerja Pelayanan Publik, Pemkab Batang masuk pada peringkat 10 Nasional dari 114 Pemkab atau kota se-Indonesia. Batang juga menjadi urutan ke 1 dari 6 Pemkab se-Jawa Tengah (jatengprov.go.id diakses 07 Februari 2017).

Selama periode penilaian sejak Januari hingga Desember 2015, 13 dari 16 indikator berhasil dipenuhi Kabupaten Batang dengan nilai rata-rata 83,75 masuk dalam kategori peduli dan mendapat peringkat kedua di tingkat Jawa Tengah. Indikator penilain tersebut meliputi bidang kesehatan yaitu rendahnya angka kematian ibu, bayi dan persentase anak usia 5-10 tahun yang belum memperoleh pendidikan dasar, rendahnya penyandang buta aksara, penyediaan air bersih, dan lain sebagainya (tribunnews.com diakses 07 Februari 2017).

Dari uraian yang telah dijelaskan diatas, peneliti tertarik untuk mengangkat suatu penelitian dengan judul “Komunikasi Terapeutik Pasien *Afasia* (Studi Deskriptif Komunikasi Terapeutik Antara Terapis dan Pasien *Afasia* Melalui Penerapan Metode Stimulus Multimodal dalam Mengembalikan

Kemampuan Berbahasa di Rumah Sakit QIM, Kabupaten Batang pada tahun 2016)".

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan paparan latar belakang yang telah dijelaskan, maka dapat dirumuskan masalah bahwa bagaimana pemulihan pasien *afasia* melalui penerapan metode stimulus multimodal yang diberikan oleh terapis dalam komunikasi terapeutik?.

C. TUJUAN PENELITIAN

Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan tentang penerapan metode stimulus multimodal yang dilakukan oleh terapis wicara kepada pasien *afasia* dengan tujuan pemulihan wicara pada bahasa dalam komunikasi terapeutik.

D. MANFAAT PENELITIAN

Penelitian ini memiliki manfaat sebagai berikut :

Manfaat Teoritis

Dalam dunia pendidikan diharapkan penelitian ini dapat menjadi tambahan pengetahuan bagi program studi ilmu komunikasi yang mengutamakan proses komunikasi khususnya komunikasi terapeutik.

Manfaat Praktis

a. Bagi Rumah Sakit QIM

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan untuk meningkatkan kualitas kinerja terapis dan menambah inovasi pada proses komunikasi terapeutik yang digunakan dalam membina pasien.

b. Bagi terapis wicara

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi untuk terapis wicara di Rumah Sakit QIM dalam memilih dan menentukan metode komunikasi terapeutik yang akan digunakan sebagai upaya penyembuhan *afasia*.

E. KAJIAN TEORI

1. Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang mendorong proses penyembuhan klien (Depkes RI, 1997). Dalam pengertian lain, komunikasi terapeutik adalah proses yang digunakan oleh perawat dengan pendekatan yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya berpusat pada klien. Menurut Stuart G.W (1998) komunikasi terapeutik adalah

komunikasi yang ditujukan untuk mengubah perilaku klien dalam mencapai tingkat kesehatan yang optimal (Trikaloka & Ahmad,2013:94). Melalui komunikasi terapeutik, klien belajar bagaimana menerima dan diterima orang lain.

Dengan komunikasi yang terbuka, jujur, dan menerima klien apa adanya, perawat akan dapat meningkatkan kemampuan klien dalam membina hubungan saling percaya. Gerald membagi tahapan penerapan komunikasi teraupetik (Suryani,2006:13&55), yaitu :

a. Fase Pra-interaksi

Tahap ini merupakan masa persiapan sebelum memulai interaksi dengan klien. Perawat berkewajiban mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan pasien, menganalisis dan merencanakan pertemuan pertama dengan klien. Biasanya perawat dalam fase ini menggunakan teknik wawancara untuk menggali informasi yang dibutuhkan (Arwani,2003:62). Perawat mampu menganalisa kelebihan dan kekurangan dirinya untuk memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien, selain itu sebagai perawat dalam tahap ini bekerja mengumpulkan data tentang pasien sebagai dasar dalam berinteraksi untuk membuat rencana pertemuan (Lalongkoe,2013:74).

b. Fase perkenalan

Tahap ini merupakan perkenalan yang dilakukan oleh perawat pada saat pertama kali bertemu dengan klien (Brammer dalam

Suryani,2006:58). Pada saat pertama kali bertemu dengan klien (pasien), perawat memperkenalkan diri sebagai langkah awal dalam membina hubungan saling percaya. Untuk membina hubungan saling percaya, perawat harus bersikap terbuka, jujur, ikhlas, menerima klien apa adanya, dan menghargai klien (Lalongkoe,2013:74-74).

c. Fase Kerja

Tahap kerja berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai. Perawat dan pasien bekerjasama mengatasi masalah yang dihadapi pasien. Tahap ini terdiri dua kegiatan pokok yaitu menyatukan proses komunikasi dengan tindakan perawatan dan membangun suasana yang mendukung untuk proses perubahan (Trikaloka & Ahmad,2013:97). Tahap ini berkaitan dengan pelaksanaan rencana asuhan yang telah ditetapkan, teknik komunikasi terapeutik sering digunakan dalam asuhan keperawatan antara lain mendengarkan dengan aktif, eksplorasi, refleksi, dan memfokuskan (Geldard dalam Suryani dalam Lalongkoe,2013:76).

d. Fase Terminasi

Merupakan fase yang paling sulit dan penting, karena hubungan saling percaya sudah terbina dan berada pada tingkat optimal,

sehingga antara pasien dan terapis keduanya akan merasa kehilangan. Terminasi dapat terjadi pada saat pasien dinyatakan berhenti terapis dan mengikuti kegiatan keperawatan (Lalongkoe,2013:76). Perawat dan klien saling mengingatkan tujuan yang akan dicapai, kegiatan yang dilakukakan pada tahap ini adalah penilaian pencapaian tujuan yang telah ditetapkan oleh klien. Perawat bertugas untuk mengevaluasi objektif (mengulang) dan evaluasi subjektif dengan menanyakan perasaan pasien (Pribadi,2013:76). Terminasi dibagi dua yaitu terminasi sementara bahwa masih akan ada pertemuan lanjutan dan terminasi akhir yang terjadi ketika perawat telah menyelesaikan tugasnya secara menyeluruh. Tugas perawat dalam fase ini adalah mengevaluasi pencapaian tujuan interaksi (Lalongkoe,2013:76).

Adapun beberapa komponen yang perlu dipahami dalam penerapan komunikasi terapeutik, selain mengutamakan tujuan penyembuhan pasien ada juga prinsip-prinsip penanganan yang harus dicermati oleh perawat dalam menerapkan metode penyembuhan pasien (Lalongkoe,2013:80-83), diantaranya :

1. Kredibilitas komunikasi sangat mempengaruhi tingkat kepercayaan sasaran atau komunikasi terhadap pesan yang disampaikan

2. Kesesuaian kepentingan sasaran berperan pada pesan yang disampaikan kepada pasien
3. Kepercayaan diri yang tinggi akan mampu menunjukkan kesejatiannya pada saat keadaan yang tidak nyaman, maka akan memberikan resiko tertentu
4. Empati yaitu kemampuan perawat dalam menempatkan diri kepada orang lain dengan memahami perasaannya, meliputi aspek mental yaitu memahami orang lain secara emosional dan intelektual. Aspek verbal adalah pemahaman terhadap reaksi emosional, sedangkan aspek non-verbal adalah kemampuan dalam menunjukkan penerimaan
5. Hormat/*respect* adalah salah satu sikap yang menunjukkan kepedulian, rasa suka, perhatian, dan menghargai klien (pasien) dengan cara melihat ke arah klien, memelihara kontak mata, jabat tangan, memberikan senyuman dan sikap yang ramah

Purba, J.M (2008), mengatakan bahwa diperlukan teknik yang berbeda-beda dalam komunikasi dengan klien, menurut Stuart & Sudenn (1987) bahwa secara psikologis perawat hadir dalam dua dimensi penting yaitu respon dan tindakan, kedua dimensi ini berjalan bersamaan dalam proses penyembuhan pasien. Dimensi respon adalah proses komunikasi perawat dengan pasiennya yang menimbulkan respon, sedangkan tindakan adalah dimensi aksi antara perawat dengan pasien yang saling berinteraksi

(Lalongkoe,2013:81&84). Teknik komunikasi berikut ini terdiri dari beberapa komponen (Trikaloka & Ahmad,2013:101) diantaranya :

- a. Mendengarkan pada saat perawat memberikan perhatian terhadap kebutuhan klien ketika ia menyampaikan pesan verbal dan non-verbal
- b. Menunjukkan penerimaan dengan mendengarkan klien tanpa menunjukkan keraguan
- c. Memfokuskan, bertujuan untuk membatasi bahan pembicaraan sehingga percakapan menjadi lebih spesifik
- d. Diam berguna untuk mengorganisir pikiran dan proses informasi
- e. Menyampaikan hasil observasi sebagai respon dari perawat kepada klien dengan menyatakan hasil pengamatannya

Dalam keperawatan profesional Pribadi (2013:71) dijelaskan beberapa manfaat komunikasi terapeutik sebagai berikut :

- a. Identifikasi yang berguna untuk mengungkapkan perasaan pasien sekaligus mengevaluasi tindakan yang dilakukan
- b. Memberikan pengertian mengenai gangguan kesehatan yang dihadapi oleh pasien sekaligus membantu mengatasinya
- c. Mencegah tindakan negatif pasien akibat gangguan kesehatan yang dialami

Lalongkoe (2013:66) menambahkan manfaat komunikasi terapeutik dalam keperawatan sebagai berikut :

- a. Pasien mampu mengenali dirinya sendiri dan mencoba untuk terbuka dengan orang lain. Beberapa hal yang perlu dipertimbangkan adalah perasaan dan kebutuhan klien (pasien) untuk masa mendatang dan interaksi di lingkungan sosial
- b. Kemampuan untuk membina hubungan interpersonal secara intim dan saling bergantung dengan kapasitas untuk mencintai dan dicintai
- c. Mengembangkan pribadi klien (pasien) ke arah yang lebih baik dan positif

2. Metode Komunikasi Terapeutik *Afasia*

Bahasa merupakan sistem tanda bunyi ujaran yang bersifat arbitrer yang digunakan oleh para anggota kelompok sosial untuk bekerjasama, berkomunikasi, dan mengidentifikasi diri. Menurut pengertian tersebut bahwa bahasa secara substansi merupakan bunyi yang dihasilkan oleh alat ucap manusia. Dengan bahasa inilah manusia berkomunikasi dan jati diri yang dapat di ekspresikan dengan bahasa (Muhammad,2014:40).

Afasia merupakan gangguan yang disebabkan kerusakan saraf otak yang menyebabkan lumpuhnya kemampuan seseorang untuk berkomunikasi. Dalam pembelajaran bahasa khususnya ketrampilan bicara, apabila terjadi kerusakan pada bagian otak kiri (yang berhubungan dengan

bahasa) tersebut dapat menyebabkan *afasia* sehingga kemampuan pada proses berbicaranya menjadi terganggu.

Pembagian sub-kelompok atas dasar ciri perbedaan kehilangan aspek bahasa meliputi kelancaran pemahaman auditif dan menirukan ucapan. Pemahaman auditif meliputi aspek fonologi yaitu pengenalan huruf dan semantik menyebutkn kata, sedangkan aspek meniru meliputi fonologis, leksiko-semantik dan sintaksis adalah kalimat atau tulisan (Mass & Prins,2002:54&108).

Identifikasi kemampuan kognisi individu akan mempengaruhi perkembangan bahasa (Jurnal Hasil Pengkajian PEMDA DIY BPKB,2010:47), yaitu :

a. Kognisi

Tinggi rendahnya kemampuan kognisi individu akan mempengaruhi cepat lambatnya perkembangan bahasa individu, bahwa terdapat korelasi yang signifikan antara pikiran dan bahasa seseorang. Para ahli kogitif menegaskan bahwa kemampuan berbahasa anak tergantung pada kematangan kognitifnya. Tahapan awal perkembangan intelektual anak terjadi sejak lahir hingga usia 2 tahun, pada masa tersebut seorang anak mulai mengenal sapaan, suara, dan perabaan (Piaget dalam Fida dan Maya,2012:157).

b. Pola komunikasi keluarga

Dalam suatu keluarga yang pola komunikasinya banyak arah atau interaksinya relatif demokratis akan mempercepat perkembangan bahasa keluarga. Pada umumnya, anak diperkenalkan bahasa sejak awal perkembangan yang disebut *motherese* yaitu cara ibu atau orang dewasa dalam menuntun anak belajar berbahasa melalui proses meniru dan mengulang (Fida dan Maya,2012:157).

c. Kewibahasaan (Bilingualisme)

Anak yang dibesarkan dalam keluarga yang menggunakan bahasa lebih dari satu bahasa akan lebih baik dan lebih cepat perkembangan bahasanya daripada yang hanya menggunakan satu bahasa saja, karena anak akan terbiasa menggunakan bahasa secara bervariasi. Sebagai orang tua wajib mengarahkan dan dengan detail memfilter bahasa anak karena apabila anak menangkap bahasa terlalu banyak akan berpengaruh pada fokus dan cara bicara anak yang menjadi terlalu cepat atau menggunakan bahasa campur (Jurnal Hasil Pengkajian PEMDA DIY BPKB,2010:47).

Gangguan perkembangan bahasa pada anak akan mempengaruhi proses bicara dan mengakibatkan terhambatnya proses tumbuh kembang anak. Angka kejadian gangguan bicara dan bahasa berkisar 5-10% pada anak sekolah. Penyebab keterlambatan bicara pada anak sangatlah luas, oleh

sebab itu para orang tua wajib waspada dan mencermati perkembangan bahasa anaknya. Semakin dini mendeteksi keterlambatan bicara maka akan semakin baik kemungkinan pemulihan masalah tersebut. Agar memperoleh ketrampilan bahasa yang lebih baik, harus dilakukan pengenalan bahasa sejak dini karena akan berpengaruh pada kemampuan berbahasa yang maksimal seperti berkomunikasi kepada anak dengan kata-kata yang baik, berbicara secara halus, dan menciptakan suasana kondusif di rumah (Fida dan Maya,2012:158).

Deteksi dini terhadap berbagai gangguan dan kelainan pada anak sangat penting dilakukan karena kemampuan berbicara dan bahasa merupakan investasi terbesar untuk menggapai prestasi di masa depan. Terdapat tanda-tanda yang mendominasi bagi penderita *afasia* (Subiyantoro,2013:14&21), diantaranya :

- a. Kesukaran berkomunikasi secara pertuturan, yaitu penderita *afasia* mengalami kesulitan dalam mengeluarkan kata-kata yang akan diujarkan, namun ia mengerti jika diperintah dan menjawab dengan gerakan tubuh sesuai dengan perintah (*afasia broca* atau *afasia motorik*).
- b. Penderita *afasia* sulit memahami percakapan orang lain, maksudnya, ia dapat mendengar akan tetapi tidak dapat memahami apa yang didengarnya (*afasia wernicke* atau *afasia sensorik*).

- c. Kesulitan menyebut nama benda, angka, huruf, bentuk gambar yang dilihat (*afasia anomik*).
- d. Kesulitan untuk mengulangi kata atau kalimat lawan bicara, namun masih mampu mengeluarkan isi pikirannya dan mampu menjawab kalimat lawan bicaranya (*afasia konduksi*)

Pasien *afasia* sebaiknya disembuhkan dengan cara rehabilitasi atau terapi yaitu dengan memberikan bina wicara secara rutin. Dengan pemeriksaan yang dilakukan dalam lingkungan klinis akan lebih optimal daripada pengawasan atau *screening* dari orang tua, karena tingkat perkembangan pasien dapat dilihat secara langsung pada tiap-tiap proses terapi yang dilakukan (Mass & Prins,2002:98).

Pemeriksaan *afasia* biasanya menggunakan metode pengamatan stimulus khusus yaitu dengan metode stimulus-respon, stimulus diberikan oleh terapis sedangkan respon diberikan oleh pasien. Pemeriksaan ini harus dilakukan mulai dari taraf bunyi (*fonem & morfem*), kemudian ke taraf kata (*leksikon*), sampai ke taraf kalimat (*sintaksis*). Dengan demikian, diagnosis pasien dapat ditentukan sehingga metode pemulihan dapat diterapkan. Cara penilaian yang dilakukan (Mass & Prins, 2002:102&105), adalah :

- a. Bicara spontan, yaitu dengan teriakan, kalimat lisan maupun tulisan dan cerita
- b. Bicara dengan intonasi yang tenang dan jelas untuk penekanan kata yang merupakan pokok masalah pasien

- c. Respon dari pasien dalam bentuk masukan bahasa, yaitu menjawab dan membaca dengan suara keras atau meniru ucapan
- d. Respon pasien dalam bentuk bahasa, misalkan memberi nama pada sebuah gambar
- e. Jika pasien mengalami kesulitan dalam memahami sesuatu, sebagai terapis wajib memberikan penjelasan terlebih dahulu dengan gerak, isyarat atau gambar

Jika pemeriksaan dan terapi tersebut dilakukan sejak diketahuinya permasalahan dalam bahasa atau berkomunikasi, maka memungkinkan pasien dapat tertolong dan memiliki hasil yang paling baik. Semakin dini bantuan yang diberikan, maka semakin baik pula hasil yang akan diperoleh. Program terapi ini biasanya berlandaskan pada penumbuhan motivasi pasien untuk mau belajar bahasa yang hilang dengan memberikan stimulus, materi ajar akan diberikan secara terus-menerus dan berulang kepada pasien agar memahami hal-hal yang disampaikan oleh terapis (Subiyantoro,2013:5&28).

Untuk dapat membina dan memberikan terapi yang terarah kepada pasien dengan tujuan agar terapis mengetahui bahasa atau komunikasi mana yang masih utuh, dapat dilakukan dengan melihat keaktifan pasien dalam berkomunikasi. Beberapa modalitas juga dapat diberikan kepada pasien dengan berbagai jenis *afasia*, akan tetapi metode stimulus multimodal ini dapat diterapkan kepada pasien *afasia* dengan berbagai jenis *afasia*

dikarenakan materi-materi dalam metode ini mencakup keseluruhan dari metode lainnya.

Prinsip-prinsip dalam penerapan metode (speech-terapi oleh Sunardi diakses 01 Februari 2017), diantaranya :

1. Hindari bicara seolah-olah pasien menderita cacat mental, jangan berteriak, bicara dengan jelas dan beri waktu pasien untuk merespon
2. Perhatikan reaksi pasien terhadap masalah bahasa yang berbedabeda
3. Lakukan teknik-teknik menstimulasi komunikasi untuk membantu pasien mengatasi masalah *afasia*
4. Berikan intervensi khusus berdasarkan tipe masalah wicara yang seperti apa
5. Berikan petunjuk dasar dalam berkomunikasi dengan pasien
6. Menciptakan suasana yang kebersamaan yang menyenangkan, kenyamanan dan ketenangan
7. Mengajak pasien tertawa untuk menciptakan suasana ruangan yang bahagia agar pasien mendapatkan kondisi yang *relax*

Dalam menetapkan kegagalan bunyi bicara dan kesulitan produksi bunyi bicara yang dialami seorang *afasia* dilakukan analisa melalui Tes Bahasa Informal (Wulansari dalam Amitya,2014:29), sebagai berikut :

1. Tes pengucapan abjad A-Z bertujuan untuk mengetahui pengucapan huruf-huruf secara individual
2. Tes membedakan huruf yang merupakan deteksi sederhana untuk mengetahui ada tidaknya gangguan pendengaran pada pasien
3. Tes konsonan dalam bahasa yang bertujuan untuk mengetahui kemampuan mengucapkan konsonan
4. Tes menyampaikan cerita bertujuan untuk mengevaluasi kemampuan lisan dalam menyampaikan isi cerita melalui tulisan, gambar, atau daya ingat tentang proses terapi
5. *Screening* guna mengetahui kelainan perkembangan pasien melalui tes IQ dan tes psikologi untuk mengetahui masalah pasien

Dalam metode ini terapis memberikan kalimat secara lisan maupun tulisan untuk memancing pasien dalam memberikan respons, atau dengan cara lain misalkan dengan meminta pasien menyebutkan nama benda, mengulang kata, menulis kata benda. Selain diterapkan secara sekaligus, modalitas lainnya juga dapat diterapkan bergantian secara berurutan misalkan kepada pasien dengan gangguan lebih ringan diterapkan dahulu modalitas lain yang mendukung lalu dilanjutkan dengan modalitas untuk penanganan gangguan yang lebih berat. Dengan demikian penerapan kombinasi antar modalitas akan memudahkan dan merangsang fungsi yang lain sehingga metode stimulus multi modal dapat bekerja secara menyeluruh (Mass & Prins,2002:156).

Terapi tersebut tidak akan berhasil tanpa dukungan dan stimulasi dari orang-orang di sekitarnya terutama orang tua dan lingkungan. Orang tua berperan aktif dalam pemulihan *afasia* terutama dalam berbicara. Dari berbicara akan terbentuk kata-kata yang utuh sehingga proses pemulihan *afasia* dapat optimal. Berikut ini beberapa langkah yang dapat dilakukan untuk menciptakan suatu suasana yang membantu untuk penderita *afasia* (Subiyantoro,2013:15) :

- a. Berbicaralah dengan jelas dan pelan
- b. Menatap matanya apabila ia sedang berbicara dan jangan melihat ke arah lain (fokus)
- c. Manfaatkan waktu makan bersama untuk melatih kelancaran berbicara
- d. Biarkan mengucapkan kalimatnya sampai selesai

3. Evaluasi Proses Terapi dengan Metode Stimulus Multimodal

Setiap penderita *afasia* dengan gangguan berat maupun ringan berhak atas penanganan yang optimal. Penderita *afasia* harus selalu diberikan motivasi dan diberikan stimulus berupa verbal ataupun tulisan yang bertujuan agar anak memberikan respons (Subiyantoro,2013:5).

Dalam memancing respon dapat diterapkan beberapa modalitas seperti metode stimulus-respon dan memberikan kalimat yang disajikan secara lisan ataupun tulisan. Terapis juga dapat meminta pasien untuk

menyebutkan nama suatu gambar, mengulang kata, dan menebak gambar atau benda. Pada tahap akhir pasien diminta untuk menceritakan kembali apa yang didapatkan selama proses terapi berjalan. Tujuan akhir dari penanganan dengan metode stimulus multi modal adalah memperbaiki komunikasi fungsional yang hasilnya dapat diperoleh dengan mengamati pasien selama proses terapi berjalan (Mass & Prins,2002:112&156).

F. Metodologi Penelitian

Arief Furchan (2007:39) mengungkapkan bahwa metode penelitian merupakan strategi umum yang dianut dalam pengumpulan dan analisis data yang diperlukan guna menjawab persoalan yang dihadapi (Prastowo,2014:43). Metode-metode penelitian kualitatif dapat juga digunakan untuk memahami apa yang tersembunyi dibalik fenomena yang kadangkala merupakan sesuatu yang sulit untuk diketahui atau dipahami. Metode kualitatif ini dapat juga digunakan atau dipakai untuk mencapai dan memperoleh suatu cerita, begitu juga metode kualitatif diharapkan mampu memberikan suatu penjelasan secara terperinci tentang fenomena yang sulit disampaikan dengan metode kuantitatif (Ghony,1997:13).

Muhammad (2014:31-32) menyebutkan bahwa salah satu fenomena yang dapat menjadi objek penelitian kualitatif adalah peristiwa komunikasi atau berbahasa karena penelitian ini melibatkan tuturan, makna semantik tutur, maksud dan situasi. Latar pelaksanaan kualitatif adalah alamiah sesuai dengan konteks yang dialami berupa realita. Instrumen penelitian kualitatif adalah

manusia atau peneliti, bahwa peneliti menjadi alat pengumpul data utama yang mampu menyesuaikan diri dengan kenyataan di lapangan.

Craswell (2003:179) berpendapat bahwa ciri utama penelitian kualitatif prosedurnya bergantung pada data yang berbentuk teks dan gambar. Menurut Craswell beberapa hal yang menjadi karakteristik dalam penelitian kualitatif ialah (Sarwono,2013:58) :

- a. Penelitian kualitatif berlangsung pada latar alamiah. Dalam prakteknya selain peneliti melakukan wawancara juga mengunjungi lokasi partisipan yang diteliti, hal ini ditujukan untuk memperoleh informasi secara detail mengenai partisipan yang mengambil bagian dalam penelitian mereka.
- b. Desain penelitian kualitatif dapat muncul begitu saja saat penelitian sedang dilakukan, bahkan pertanyaan yang sudah dipersiapkan dapat mendadak berubah untuk menyesuaikan kondisi di lapangan.

Bogdan & Taylor mendefinisikan penelitian kualitatif sebagai penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang atau perilaku yang dapat diamati (Djamal,2015:9). Temuan kualitatif diarahkan untuk menghasilkan perbaikan mutu kerja dan bermanfaat untuk kepentingan akademis (Indrawan & Yaniawati,2014:68). Penelitian kualitatif bertujuan mendapatkan pemahaman yang sifatnya umum terhadap kenyataan sosial dari perspektif partisipan, tujuan lain adalah menemukan perspektif baru tentang hal-hal yang sudah banyak diketahui untuk

dimanfaatkan oleh peneliti yang berkeinginan meneliti sesuatu dari segi prosesnya (Ghony & Almanshur,2014:32). Dalam penelitian kualitatif ini menerapkan beberapa metodologi penelitian :

1. Jenis Penelitian

Penelitian ini berjenis deskriptif. Deskriptif adalah sifat data penelitian kualitatif, wujud data berupa deskripsi objek penelitian yaitu kata, gambar, dan angka-angka yang tidak dihasilkan melalui pengolahan statistika karena data deskriptif berasal dari hasil wawancara, catatan lapangan melalui pengamatan, foto dan dokumen. Menurut Moelong (2010) desain penelitian kualitatif bersifat sementara, rancangan penelitian berubah sesuai dengan kondisi, situasi, konteks di lapangan. Hasil penelitian berupa pengertian dan interpretasi yang dihasilkan melalui kesepakatan sumber data atau informan (Muhammad,2014:37).

Pada dasarnya metode penelitian deskriptif ditujukan untuk penelitian yang bersifat mengamati kasus, metode ini akan melibatkan peneliti dalam penyelidikan yang menyeluruh terhadap perilaku seorang individu (Sevilla dalam Bungin,2007:19). Menurut Surakhmad (1994:139), penyelidikan deskriptif adalah suatu penelitian yang tertuju pada pemecahan masalah dimasa sekarang. Metode penelitian deskriptif lebih merupakan istilah umum yang mencakup berbagai teknik deskriptif.

Basuki dalam Prastowo (2014:202) menuturkan jika penelitian deskriptif mencoba mencari deskripsi yang tepat dan cukup dari semua aktivitas, objek, proses dan manusia. Deskripsi rinci dan kutipan yang mendalam adalah kualitas yang mendasar dari laporan kualitatif. Deskripsi yang memenuhi dan merupakan kutipan langsung harus dimasukkan guna memberi peluang pembaca untuk memahami pemikiran partisipan sepenuhnya (Patton,2006:283).

Penelitian deskriptif melakukan analisa hanya sampai pada taraf deskripsi, yaitu menganalisis dan menyajikan fakta secara sistematis sehingga dapat lebih mudah untuk dipahami dan disimpulkan. Penelitian deskriptif bertujuan untuk menggambarkan secara sistematis dan akurat fakta dan karakteristik mengenai populasi atau mengenai bidang yang sedang diteliti. Penelitian ini berusaha menggambarkan situasi atau kejadian dengan menggunakan data yang dikumpulkan bersifat deskriptif. Langkah umum dalam penelitian deskriptif yang sering dilakukan (Azwar,2016:6&7) :

- a. Merumuskan masalah terkait dengan variabel yang akan diteliti
- b. Menentukan jenis data yang diperlukan antara kualitatif atau kuantitatif

- c. Menentukan prosedur pengumpulan data terkait dengan instrumen penelitian yaitu : wawancara, observasi, dan sumber data)

2. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian adalah tempat dimana penelitian akan dilakukan untuk memperoleh data atau informasi yang berkaitan dengan permasalahan atau fokus penelitian. Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit QIM yang berada di Jalan Urip Sumoharjo, Sambong, Batang, Jawa Tengah. Rumah Sakit QIM dipilih karena rumah sakit tersebut memiliki program rehabilitasi medik pelayanan *speech delay therapy* yang tidak dimiliki oleh rumah sakit lainnya di Kabupaten Batang.

3. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah prosedur yang sistematis dan standar untuk memperoleh data yang diperlukan. Proses pengumpulan data berhubungan antara metode mengumpulkan data dengan masalah penelitian yang sedang dibahas (Nazir,2014:153). Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan beberapa cara, diantaranya :

a. Observasi Langsung

Metode observasi (pengamatan) merupakan sebuah teknik pengumpulan data yang mengharuskan peneliti turun ke lapangan untuk mengamati hal-hal yang berkaitan dengan ruang, tempat, pelaku, kegiatan, benda, waktu, peristiwa, tujuan dan perasaan (Ghony & Almanshur,2014:164). Pengumpulan data dengan observasi langsung adalah cara pengambilan data secara langsung. Pengamatan langsung dapat memperoleh data dari subjek yang dapat berkomunikasi secara verbal maupun non-verbal (Nazir,2014:154).

Observasi berguna untuk menjelaskan dan merinci gejala yang terjadi. Flick dalam Gunawan (2016:146) terkait dengan observasi berpendapat bahwa observasi disamping memerlukan kemampuan berbicara dan mendengarkan sebagaimana digunakan dalam wawancara, observasi merupakan ketrampilan secara metodologis yang sistematis dan diterapkan dalam penelitian kualitatif. Observasi memiliki makna lebih dari sekedar teknik pengumpulan data, dalam konteks ini observasi di fokuskan sebagai upaya peneliti mengumpulkan data dan informasi dari sumber data primer dengan mengoptimalkan pengamatan peneliti. Pada tahap awal observasi peneliti mengumpulkan data dan informasi sebanyak mungkin, selanjutnya peneliti melakukan observasi terfokus

dengan menyempitkan data. Peneliti bertindak sebagai partisipan aktif bahwa dalam observasi peneliti dituntut untuk ikut terlibat langsung dalam peristiwa yang diamati. Adapun proses dan etika dalam observasi (Indrawan & Yaniawati,2014:134&136), diantaranya :

- a) Memilih tempat penelitian sesuai dengan fenomena yang akan diamati.
- b) Memasuki lingkungan penelitian dengan mempelajari situasi.
- c) Pengobservasi berperan sebagai pengamat bukan penilai.
- d) Mencatat hasil penelitian selama observasi.
- e) Setelah selesai observasi, tinggalkanlah kesan yang baik dan memberikan kesimpulan dari penelitian.

Khusus mengenai data observasi, Patton (1980:124) menjelaskan bahwa tujuan data observasi adalah untuk mendeskripsikan latar yang diobservasi dengan kegiatan dan orang-orang yang berpartisipasi. Laporan observasi merupakan salah satu bagian dari detail deskripsi yang memadai untuk memungkinkan seseorang mengetahui yang telah terjadi dan bagaimana hal tersebut bisa terjadi (Ahmadi,2014:109).

Kegiatan observasi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah observasi secara langsung, yaitu pengobservasi hadir secara fisik dan memonitor persoalan yang terjadi dengan membuat catatan secara sistematis mengenai kejadianm perilaku, objek yang dilihat yang diperlukan dalam mendukung penelitian.

Tujuan data observasi adalah untuk mendeskripsikan latar yang diobservasi mengenai kegiatan yang terjadi dan partisipasi orang-orang disekitarnya (Patton dalam Sarwono,2013:161&205). Adapun observasi dalam penelitian ini adalah penerapan metode stimulus multimodal oleh terapis wicara terhadap pasien dengan gangguan *afasia*.

b. Wawancara

Wawancara adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab sesuai pada *interview* guide. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian kualitatif lebih menekankan pada jenis teknik wawancara yaitu merupakan salah satu teknik untuk memperoleh data dengan cara mengadakan percakapan secara

langsung antara *interviewer* dengan narasumber dan peneliti dapat mengajukan pertanyaan secara lebih bebas dan leluasa.

Wawancara yang dilakukan diharapkan dapat berlangsung secara luwes dan lebih terbuka sehingga informasi yang diperoleh akan lebih banyak (Ghony & Fauzan,2014:176). Sugiyono (2010:72) menjelaskan bahwa wawancara merupakan pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan gagasan melalui teknik tanya jawab yang menghasilkan suatu topik tertentu (Djamal,2015:75). Isi wawancara harus sesuai dengan sasaran masalah yang sedang dibahas.

Wawancara merupakan kegiatan untuk memperoleh informasi secara mendalam tentang sebuah isu atau tema yang diangkat dalam penelitian. Tujuannya untuk memperoleh informasi yang rinci dan memahami latar belakang, sikap dan pandangan narasumber (Sujarweni, 2014:31). Wawancara diperlukan bagi peneliti untuk mengatasi keterbatasan dalam pengamatan yang tidak memungkinkan peneliti untuk mendalami pikiran dan perasaan subjek yang akan diteliti (Ahmadi,2014:119).

Pada penelitian kualitatif untuk mendapatkan data yang penuh makna, digunakan wawancara terbuka dan mendalam atau wawancara tak terstruktur yang dapat leluasa menggali data, sehingga pemahaman peneliti terhadap fenomena yang ada

sesuai dengan pemahaman para pelaku itu sendiri. Peran peneliti sebagai instrumen utama yang tidak selalu terpaku pada panduan wawancara. Beberapa langkah umum untuk melaksanakan kegiatan wawancara dengan mendalam, (Indrawan & Yaniawati,2014:136-138) adalah :

- a) Menentukan sampel dengan purposif dan identifikasi narasumber yang akan diwawancarai khususnya karakter, budaya, keyakinan, latar belakang pandangan politik dan kemampuan intelektualnya
- b) Membuat janji terlebih dahulu dengan narasumber tentang hal, rencana, waktu dan lamanya wawancara
- c) Menentukan tipe wawancara yang akan digunakan selaras dengan permasalahan serta keadaan narasumber
- d) Menggunakan waktu dan teknik yang efisien namun efektif serta fleksibel yang disesuaikan dengan situasi
- e) Menghentikan wawancara jika dirasa sudah memperoleh penjelasan yang cukup

c. Dokumentasi

Dokumentasi dalam penelitian ini adalah akan mendukung hasil dari wawancara dan observasi sehingga ketiga teknik pengumpulan data ini akan saling melengkapi. Penelitian

ini menggunakan teknik wawancara, observasi dan studi dokumentasi dalam pengumpulan data.

Teknik pengumpulan data melalui studi dokumentasi diartikan sebagai upaya untuk memperoleh data dan informasi berupa catatan tertulis atau gambar yang tersimpan berkaitan dengan masalah yang sedang diteliti. Sebagian besar data yang tersimpan adalah berbentuk laporan, catatan harian, biografi, foto dan data lainnya yang tersimpan. Pentingnya studi dokumentasi antara lain membantu memahami fenomena, interpretasi, menyusun teori, dan validasi data. Jenis data yang dikumpulkan berupa dokumen tertulis, bahan *audiovisual*, dan data elektronik (Sujarweni,2014:33).

Dokumen tertulis dapat berbentuk data statistik, dokumen perencanaan, deskripsi kerja, catatan medis, catatan kinerja, dan lainnya. Dalam penelitian kualitatif ini juga dapat melakukan pengumpulan data dari elektronik yaitu dari situs (*website*) atau media internet lainnya, terutama dalam menyeleksi kebenaran dan keakuratan data yang ditampilkan. Pengumpulan data elektronik juga memberikan kemudahan dan kecepatan dalam pengumpulan data. Adapun cara untuk mengumpulkan dokumentasi secara tertulis dan elektronik (Indrawan & Yaniawati,2014:139-140), diantaranya :

- a) Tentukan cara dan pertimbangan untuk mengumpulkan dokumen yang dapat menjawab pertanyaan pada penelitian yang dilakukan
- b) Prioritaskan dokumen dari sumber resmi
- c) Catat dengan tepat sumber dokumen dan pastikan mendapat izin untuk menggunakannya

4. Informan penelitian

Dalam penelitian kualitatif, hal yang perlu menjadi bahan pertimbangan adalah adanya informan. Informan adalah orang yang dimanfaatkan untuk memberikan informasi tentang situasi dan kondisi latar penelitian, sebagai informan harus memiliki banyak pengetahuan dan pengalaman tentang latar penelitian (Djamal,2015:52). Adapun karakteristik informan dalam penelitian ini adalah terapis wicara di RS. QIM dan tiga kasus *afasia* pasien anak dan pasien dewasa.

Dalam penelitian ini terapis bertindak sebagai *key* informan karena terapis wicara memiliki peranan penting untuk menetapkan langkah-langkah terapi yang diberikan kepada pasien. Teknik sampling yang digunakan adalah *purposive sample* yaitu teknik penentuan sampel dengan pertimbangan pada kriteria tertentu (Sujarweni,2014:72).

5. Teknik Analisis Data

Pada pendekatan kualitatif, penyajian temuan merupakan upaya peneliti melakukan paparan temuan dalam bentuk kategorisasi dan pengelompokkan. Menurut Patton, analisis data ialah proses mengatur urutan data, mengorganisasikan data ke dalam suatu pola, kategori dan satuan uraian dasar. Pengorganisasian dan pengelolaan data tersebut bertujuan untuk menemukan tema dan hipotesis kerja yang selanjutnya diangkat menjadi teori substantif (Djamal,2015:59).

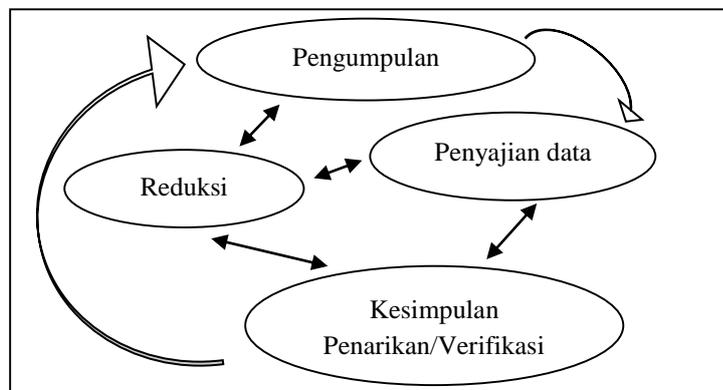
Sudaryanto dalam Muhammad (2014:222) menyatakan bahwa analisis merupakan upaya peneliti menangani langsung masalah yang terkandung dalam data. Dalam analisis terdapat kegiatan mengurai dan membedah masalah setelah rangkaian menyediakan data telah selesai dilakukan. Kegiatan analisis dihentikan apabila peneliti telah mendapatkan hasil dari rumusan penelitiannya. Untuk penelitian kualitatif, peneliti melakukan analisis data yang sejak awal telah melakukan pengumpulan data.

Bogdan dan Biklen berpendapat bahwa analisis data merupakan suatu proses penyelidikan dan pengaturan secara sistematis transkrip wawancara, catatan lapangan, dan material lain yang dikumpulkan untuk meningkatkan pemahaman tentang penelitian (Sarwono,2013:230).

Miles & Huberman dalam Gunawan (2016:210) menyebutkan tahapan yang harus dikerjakan dalam menganalisis penelitian kualitatif, sebagai berikut :

Gambar 4

KOMPONEN ANALISIS DATA MODEL INTERAKTIF



Sumber : Buku Metode Penelitian Kualitatif

Adapun teknik yang digunakan dalam analisis data (Indrawan & Yaniawati,2014:156) :

a. Penyajian Data

Penyajian data merupakan sekumpulan informasi yang memberi kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Mengembangkan detail penting dari hasil analisis data dari berbagai sumber untuk membangun sebuah potret individu atau peristiwa. Dengan melihat penyajian data, peneliti akan dapat memahami apa yang sedang terjadi

dan apa yang harus dilakukan berdasarkan pemahaman yang didapat dari penyajian tersebut (Ghony & Almanshur,2014:308).

b. Reduksi data

Reduksi data adalah proses berpikir sensitif yang memerlukan kecerdasan dan keluasan serta kedalaman wawasan yang tinggi (Ghony & Almanshur,2014:308). Reduksi data termasuk bagian dari proses analisis yang merupakan bentuk analisis menajamkan data dan membuang data yang tidak diperlukan sehingga dapat diambil kesimpulan dan verifikasi (Miles & Huberman dalam Djamal,2015:145). Melalui proses reduksi data, maka data yang relevan disusun dan disistematiskan ke dalam pola dan kategori tertentu, sedangkan data yang tidak terpakai akan dibuang.

Pengurangan data dapat dilakukan selama tahap analisis data dengan membentuk data yang tersedia menjadi satu bentuk yang diperlukan oleh teknik analisis yang digunakan (Prastowo,2014:96). Memilih hal-hal pokok dan memfokuskan data penting yang akan memberikan gambaran secara lebih jelas dan

mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya (Indrawan & Yaniawati,2014:155).

c. Evaluasi/Kesimpulan

Pada peneliiian kualitatif, kesimpulan awal yang diambil masih bersifat sementara, sehingga dapat berubah setiap saat apabila tidak didukung bukti-bukti yang kuat. Kesimpulan harus dapat memberikan jawaban terhadap rumusan masalah yang diajukan (Djamal,2015:148).

Untuk memberikan evaluasi pada penelitian yang dilakukan, peneliti harus mampu menggambarkan rasionalitas atau alasan ilmiah dari kesimpulan yang dihasilkan dan peneliti memberikan saran sebagaimana yang dituliskan (Sarwono,2013:186). Laporan evaluasi berdasarkan metode kualitatif akan mencakup sejumlah besar deskripsi murni tentang program dan pengalaman orang.

Peneliti mengolah hasil pengamatan dan menyajikan informasi hasil pengolahan sehingga dapat digunakan untuk membuat keputusan terhadap tindakan pada kegiatan berikutnya atau menghentikan tindakan

penelitian jika hasil yang diperoleh dinilai sudah optimal (Indrawan & Yaniawati,2014:90).

Menurut Miles & Huberman, dalam penarikan kesimpulan dilakukan selama penelitian berlangsung, verifikasi adalah suatu tinjauan ulang pada catatan lapangan sehingga makna yang muncul dan data yang didapatkan teruji kebenaran, kekokohnya dan kecocokannya. Menurut diagram hubungan antar komponen model interaktif, analisis data kualitatif merupakan upaya yang berlanjut, berulang dan terus-menerus (Djamil,2015:146).

6. Uji Validitas Data

Untuk memperoleh tingkat keabsahan data, teknik yang digunakan adalah triangulasi data, yakni teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan hal lain diluar data yang terkumpul untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data-data yang telah diperoleh. Dari berbagai teknik tersebut cenderung menggunakan sumber data sebagaimana yang disarankan oleh Patton yang berarti membandingkan dan mengecek kembali fakta dari suatu data yang didapat melalui waktu dan alat

yang berbeda dalam metode kualitatif. Keabsahan data yang dimaksudkan adalah sebagai berikut (Djamaal,2015:131) :

- a. Membandingkan data hasil observasi dengan data hasil wawancara
- b. Membandingkan hasil wawancara dengan isi suatu dokumen yang berkaitan

Triangulasi data merupakan teknik pengumpulan data yang menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan sumber dan data yang telah ada. Definisi triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain dalam membandingkan hasil wawancara terhadap objek penelitian untuk keperluan pengecekan terhadap data itu (Ghony & Almanshur,2014:322).

Sugiyono (2011) mengemukakan bahwa triangulasi diartikan sebagai teknik pengumpulan data bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang ada. Dalam penelitian ini, triangulasi yang digunakan adalah membandingkan data observasi dengan hasil wawancara, dan dokumentasi untuk menguji kredibilitas data dengan cara membandingkan berbagai teknik yang berbeda terhadap sumber yang sama (Moloeng, 2010:330).